

Solicitud para Beneficios médicos por embarazo Application for Pregnancy Medical Benefits

| 1. PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---------------------------------|---|---|--|---|
| 2. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE | CALLE | CIUDAD | | | | | | |
| | | ESTADO | | | | | | |
| | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | |
| 3. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE) | CALLE | CIUDAD | | | | | | |
| | | ESTADO | | | | | | |
| | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | |
| 4. NÚMEROS TELEFÓNICOS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 5. SÍ NO | | | | | | | |
| CASA / CELULAR / NÚMERO DE PREFERENCIA | ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| TRABAJO / MENSAJE | ¿Necesita un intérprete? (Si es así, nos comunicaremos a través de un intérprete)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | ¿Qué idioma habla? | | | | | | | |
| 6. Fecha aproximada del parto: _____ Si no la conoce, por favor calcúlela: _____ Cómo se verificó el embarazo: <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo en casa <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Departamento de salud <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | | | |
| 7. ¿La mujer embarazada tiene una condición médica que necesite atención médica inmediata? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Información general | | | | | | | | |
| 8. Enumere a todas las personas que viven en su dirección incluyendo usted. Utilice los nombres legales. No utilice sobrenombres. Si no conoce el número del Seguro Social, déjelo en blanco. | | | | | | | | |
| NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | SEXO M o F | PARENTES- CO CON USTED | FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO) | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | CIUDA- DANO EE.UU. SÍ NO | LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO) | COMPLETE SI NO ES CIUDADANO DE EE.UU. | |
| | | | | | | | INDIQUE LA FECHA EN QUE LLEGÓ A EE. UU. | ¿TIENE UN PATROCINA- DOR? SÍ NO |
| A. | | USTED MISMO | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| B. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| C. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| E. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| F. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Por favor adjunte cualquier documento que demuestre su condición de inmigrante. | | | | | | | | |
| Seguro de salud e información médica | | | | | | | | |
| 9. ¿Ya cuenta con un seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, nosotros podemos pagar la prima. Si marcó "Sí", escriba el nombre de la compañía de seguros o el empleador, el número de póliza y el nombre del titular de la póliza además del número de seguro social. Aun cuando ya tenga un seguro de salud, todavía usted puede calificar para los beneficios médicos. | | | | | | | | |
| EMPRESA DE SALUD O EMPLEADOR | | NÚMERO DE PÓLIZA | | NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA | | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA | | |
| | | | | | | | | |
| 10. ¿Alguien en la casa recibió servicios médicos en los últimos tres (3) meses, incluyendo Servicios de Asistencia de maternidad y/o Administración de caso de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |



| Ingreso | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| Su ingreso por empleo/empleo independiente | | El ingreso de su cónyuge por empleo/empleo independiente | |
| 11. Nombre y número telefónico de su empleador | | 13. Nombre y número telefónico de su empleador | |
| 12. Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana: _____ | | 14. Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana: _____ | |
| OTROS INGRESOS | MONTO | ¿CON QUÉ FRECUENCIA OBTIENE ESTE INGRESO? | ¿QUÉ PARIENTE OBTIENE ESTE INGRESO? |
| 15. Manutención para niños o pensión alimenticia | | | |
| 16. Pagos del Seguro Social | | | |
| 17. Beneficios de desempleo | | | |
| 18. Beneficios de veteranos/pensiones militares | | | |
| 19. Trabajo e industrias | | | |
| 20. Ingresos por inversiones/otro (explicar): | | | |
| Gastos | | | |
| | SÍ | NO | SI LA RESPUESTA ES "SÍ", MONTO |
| 9. ¿Paga por cuidados para niños o cuidado para adultos dependientes mientras trabaja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. ¿Paga manutención para niños para un niño que no vive en su hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Raza/antecedentes étnicos | | | |
| Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza o antecedentes étnicos. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para beneficios. | | | |
| <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Vietnamita/laosiano/Camboyanos <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico o Asia <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Lea atentamente antes de firmar | | | |
| Entiendo que: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Debo informar inmediatamente a la Agencia o la persona designada de la Agencia por escrito o por teléfono, cualquier cambio en mi situación. Los informes tardíos pueden causar beneficios equivocados. • Mi situación está sujeta a verificación por parte de la Agencia o de cualquier otro estado o agencia federal. • Debo brindar prueba de que soy elegible para obtener ayuda. La agencia o la persona designada de la Agencia puede ayudarme a obtener la prueba o contactar a otras personas o agencias para obtenerla. • Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, yo otorgo al Estado de Washington todos los derechos de asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud. • La Agencia puede divulgar el historial de inmunización de mi hijo con el Sistema de rastreo de perfil de inmunización infantil del Departamento de Salud para propósitos directamente relacionados con la administración de programas médicos. • Entiendo que esta solicitud es para beneficios médicos únicamente para la mujer embarazada. Si mi familia necesita ayuda financiera o cupones para alimentos, debemos solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS. | | | |
| Declaración y firma | | | |
| He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa. | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | | FECHA | |

La discriminación está prohibida en todos los programas y actividades administrados por la Agencia o la persona designada de la Agencia. Nadie será excluido de estos programas y actividades en base a su raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.